

## 熊本大学学術リポジトリ

### Kumamoto University Repository System

Title	医者の説明と説得の技法 : ある事例の分析から
Author(s)	田口, 宏昭
Citation	文学部論叢, 77(地域科学篇): 73-103
Issue date	2003-03-20
Type	Departmental Bulletin Paper
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2298/3187">http://hdl.handle.net/2298/3187</a>
Right	

〔研究ノート〕

## 医者の説明と説得の技法

—ある事例の分析から—<sup>(1)</sup>

田 口 宏 昭

### The Socio-Psychological Technique of a Physician's Explanations to Persuade Patients

— A Case Study —

Hiroaki TAGUCHI

#### 要旨

臨床医は、患者にたいする病状の説明や検査や入院の説得、治療への同意の取り付け、その過程における患者との交渉や取引という職業的課題を担っている。両者の出会いに際し、各々は互いに眼前の相手を分類し、評価するための道具、生きる世界を秩序あるひとつの像として描き出すのに必要な道具として、専門家の言語と素人の言語という異なる言語を用いている。その際円滑な治療は、コミュニケーションの成否にかかっているのだが、知識と経験、現実認識の違い（溝）は不可避免的に、円滑なコミュニケーションの阻害条件となる。本稿は医者と患者の間の、異なって見える現実世界の溝（ギャップ）を埋めようとする医師の説明と説得の技法を、ある内科医のインタビューから明らかにしようとしたものである。このインタビューからは、終局的には埋まることのないそのような溝を、患者のインテリジェンスという分類基準による患者の層化にもとづく戦略の構築やさまざまな語彙や語法を含む患者とのコミュニケーションを通して、医者が自らの主導で埋めようとする試みの軌跡が浮かび上がる。

キーワード：医者、患者、言葉（言語）、下位文化、コミュニケーション、インテリジェンス、修辞法、現実、認識

#### はじめに

臨床医の仕事は日々患者を相手とする仕事である。臨床医は、診断や治療法に関して同僚たちと専門的な内容の会話をときどき交わすだけで、日常的には大小の病院や診療所において知識を自分たちと共有するところの少ない

患者と接して診断や治療に当たる医者である。これに対して医学部の研究室や医科学の研究所、あるいは医学研究センターが自分の職場であるという医者がある。この人たちはまったく臨床の現場を離れて仕事をしているか、または時々研究的関心から臨床の仕事場を訪れる。ふだんは同僚と論議をし、新しい情報やアイデアを交換し、実験を行い、論文を読みながら自らの知識を生産する仕事に従事している。かれらはしばしば専門の学会や研究会で研究発表し、あるいは専門のテーマをもつシンポジウムに参加したりする経験をしながら臨床とはほとんど無関係に時間を過ごす人々である。これらの人々の日常的な相互作用の相手はいわば「知識の共同体」ないし「科学の共同体」の同僚たちである。

このような二種類ある医者の仕事の特徴を、職務の持続的な動機づけに影響を与える、社会的に期待される価値指向を問う観点から対比すれば、「クライアント指向」と「同僚指向」として識別できる。ただしここで「クライアント指向」といってもその意味は、患者の利益を第一に考えるということと同義ではない。クライアント指向の臨床医はクライアントとしての患者を相手に説明し説得し、治療に向けて同意を取り付けたり、同意を取り付けることが容易でない患者と取引をしつつ同意を取り付けたりする職業的課題を担っている。それは雇われ医者の場合も診療所の医者の場合も事情はほとんど変わらない。その際円滑な治療は、説得にせよ取引にせよ、言葉を用いたコミュニケーションの成否にかかっている。円滑なコミュニケーションを前提としたその後の円滑な治療は、医者にとって患者や家族とのトラブルを回避し自らの課題を円滑に遂行するための役割遂行の基本であろう。

本研究が焦点をあわせるのは、医療にかかわる仕事をする人々のうち、このような臨床の仕事を中心とする人々である。医者－患者関係は、広い歴史的社会的文脈の中で構成されるという側面をもつことは確かである。それを前提とした上で、ここでは現代のある特定の医者－患者関係のミクロな世界に接近し、それを分析してみたいと思う。

さて上述の二種類の医者のうち、臨床を主任務とする医者は、診断と治療の活動を通して患者の心身への介入を行なう。そのため、臨床に従事しない医師とは異なり、コミュニケーションに失敗すると、素人である患者との間

でさまざまなトラブルに巻き込まれる。それは両者の間に広がる知識と経験の違いが、臨床医によるそのような介入に対する、専門家と素人それぞれの評価のくい違いや葛藤を生み出す可能性があるからである。

のみならず両者は出会いの時を診察室という同じ空間で共有しながら、まったく異なる現実、異なる世界を生きているのだ、とも理解できる。言いかえれば、「神」の目から眺めれば一つの現実が、専門家である医者と患者にとっては異なる別々の現実として見える。<sup>12)</sup>

がともかく、両者は共有する時と診察室という空間のなかで出会い、かわり、何かを成し遂げなければならないのである。そのとき、異なる現実世界を生きる両者はコミュニケーションを通して互いに了解できる接点を見つけ出さなければならない、という課題を課せられているのである。

コミュニケーションには身振り、表情などの象徴的な身体表現手段とあわせ、言葉という道具が用いられる。言葉は医者－患者関係においてコミュニケーション道具として重要な位置を占めている。それは自分の意思や持っている情報を相手に伝える道具であると同時に、自己の内省的世界において「現実」を表現する「ための」道具でもある。その表現が受動的ではなくて能動的であるとき、それはある現実を作り上げる道具ともなる。出会いの瞬間の不確実な状況、混沌のなかから事物は言葉を媒介として意味ある形象ないし象徴として医者－患者関係を含む世界の中に立ち現れ、その世界を秩序づける。

ここでの文脈に即していえば、すなわち医者と患者は各々互いに眼前の相手を分類し、評価するための道具、生きる世界を秩序あるひとつの像に描き出す道具として内的言語を用いていると言える。それは単に既定の「現実」を映し出すだけに止まらず、生成して止まない現実を作り上げ、構成し、それがゆえにまた現実は時に変幻自在に姿を変えてゆく。だから、仮定上のことだが、言葉がなくなったとき、「想像的」現実は消失し、事物的世界ではなく、ただモノだけがモノ的世界の要素の構成要素としてそこにあるようなモノ的世界（すべての人間にとっては死の世界）が立ち現れる。<sup>13)</sup>

したがってふつう、専門家は専門家の言語によって世界を切り分け、専門家にとって「かく見える」ような現実を構成し、素人である患者は素人の言

語によって世界を切り分け、素人にとって「かく見える」ような現実を構成する。喩えを用いれば、ちょうど油彩画家が、油絵の具を用いて眼前の風景を描けば、それは構成されたある風の風景画になり、水彩画家が、同じ場で水彩絵の具を用いて描けばそれはそれ風に構成された別の風景画になる。われわれが見えていると信じている現実はいずれも私自身が自分の言語ないし視覚の習慣で構成しているか、もしくは私が属する社会集団の言語ないし視覚の習慣で構成しているものなのである。

専門家は素人であった時期を経験しているから、専門家が素人による世界の切り分け方を記憶の中に保持しているならば、素人の言語をそれなりに理解することができる。反対に素人である患者は専門家である医者と言語を理解するには、新たな学習の機会を必要とするのである。ここで両者の現実構成のあり方を下位文化と呼べるならば、コミュニケーションを成立させるだけの最小限の共有領域を両者はもつとしても、権限とコミュニケーション資源の動員能力如何という観点から見て、両者がそれぞれ「現実」認識を相手に受け入れさせる機会と能力ならびに現実制御能力は、確かに決して対等に並存しているという性質のものではなく、そこにはある種の支配と従属の要素が常に胚胎していることは了解しておかなければならない。

このような了解のもとに次のような問を立てておこう。医者と患者の間の、両者にとってそれぞれ異なって見える現実世界の溝（ギャップ）はいかなるものなのか、医者はそのような溝をどのような技法を用いて埋めようとするのだろうか。あるいは異なる現実にとどのような架橋を試みるのだろうか。そのために医者は自分の経験をどのように説明するのだろうか、また患者はそれをどのように説明するのだろうか。ただし、患者による説明とは言うものの、後に示す会話のなかの「患者」の語りは、医者が再現した限定つきの患者の語りである。医者と患者の相互作用の「状況」は、ここではあくまで単に医者のみが再現した現実の再現であることを示すものであり、医者のみが現実を再現する資格をもつ、と筆者自身が考えているわけではないことを予め断っておかなければならない。

さて、上述のような疑問を解き明かすためにある病院の内科医にインタビューした。その内科医は自分がある特定の状況のなかで患者にどのようにものご

とを説明するかということを中心に説明してくれた。その説明を通して上記の疑問に対する答えを導き出そうとするのが今回のインタビューであった。以下はその記録と筆者の考察である。

このインタビューにおいてまず筆者はこの内科医に患者を説得する「技法」について聞き出そうとしている。

## 1. 臨床における「インテリジェンス」の判断と言葉の選択

このインタビューの相手は某国立大学医学部出身の内科医M氏である。M氏は2002年3月現在で50歳代前半の医者である。医学部附属病院、医療法人系の大規模民間病院を経て、現在中規模の民間病院の内科医を勤めている。その過程で約2年間、呼吸器内科の研修医として大規模公立病院に勤務する経験をもつ。

インタビューはM氏の自宅に出向いて実施した。最初の話題は医者と患者のコミュニケーション・ギャップを埋める技法に関するものである。

001：僕たちがよく見てたら、ドクターになりたての人は患者さんに説明している、もしくは家族に説明する時に英語を入れてるんですよ。

002：それはその家族に話す時に癌です、また癌とか一生懸命になって説明したらですね、つい学用語を使ってる訳ですよ。

003：聞いてて何のこともか、治療として聞いていれば何のことも判らない。

004：相手はもう「はあ、はあ。」と聞いているが、おそらく何のことも判っていないであろうと。

001から004までの一連番号を付したセリフはすべてM氏が話した一続きの会話である。会話の1文づつに原則として一つの番号を付して、分析の最小単位とした。以下も同様である。<sup>(4)</sup>

M氏は「ドクターになりたての人」つまり新米医師がまだ患者との間でコミュニケーション・ギャップを自覚せず、患者にとっては理解困難な「英語」を使って病気のことを患者に説明しようとする傾向があることを指摘している。この際、「英語」は専門家の世界でのみ通用する「学用語」なのである。

だから、「学用語」を使われると患者の方は「聞いてて何のことか……判らない。」とM氏は理解している。そこでM氏はこのような理解のギャップを「インテリジェンス」の違いに起因するものとみなしている。

005：だから話すときに先ほどもあれのように、相手がどれくらいのインテリジェンスの持ち主か、っていうことですね。

M氏がここで「インテリジェンス」と呼ぶのは、「理解能力」のことである。高いインテリジェンスの持ち主は理解能力が大きいということである。そして「インテリジェンス」の違いを埋める努力は患者の方がするのではなく、医者の方が患者の「インテリジェンス」のレベルに近づいていって、もっと端的に言えば、「降りていって埋める」というのがM氏の考え方である。このような対処の仕方は、「インテリジェンス」の違いを埋めるという課題が是とされる限りにおいては、専門家－素人関係が構造的に孕む必然の成り行きであるとみてよい。

006：それと例えば入院が必要でない人でも、入院させてくれと言ってくる場合もあるわけですけど、結果的に入院が必要な患者さんが「入院をせんといかん」という覚悟で来てるのか、それともちょっと行って安心しようと思っ  
てきてるのか。

007：しかし安心しようと思って病院へ来てる人が、これはすぐ入院せんといかんと言う場合もあり得るわけでしょう。

対面する医者と患者の間には、このような理解のギャップがあるというのである。M氏の理解はこうである。医者が診断するところによれば、入院が必要でない患者が実は入院したが、逆に医者の診断によれば入院しなければならない患者が実は入院しない場合がある。「したがる」「したがない」は患者の「気持」の持ち方の問題を言うのであるが、それだけでもない。病人が自分の心身をどう捉え、さまざまな社会的義務と自分の心身の関係をどう捉え、また診察室の空間を占めている自分と医者との関係をどのよ

うな関係であると理解しているのか、という認識レベルの問題でもある。気持が認識の内容を左右することがしばしばある。気持が異なる上に、さらに拠って立つ場が異なる医者と患者の理解は同じではない。医者と患者が仮に友人同士であったとしても想像上でしか両者は互いの理解の距離を縮小することはできない。その了解なしに、理解のギャップを残したまま事を進めると後にトラブルの元になる。このギャップを埋める役割を果たすのが次の008で言及する「言葉」だ、とM氏は考えている。

008：だからそのギャップを埋めるのは結局言葉なわけですよ。

009：相手は専門的用語をほとんどの場合、まず全然知らない人だから、だからその人が知ってるような言葉を。

「専門的用語」は専門家の世界で通用する言葉であるから、相手のインテリジェンスに合わせて言葉の〈言い換え〉が必要である、というのがM氏の持論らしい。当事者が何らかの「共通言語」を使わなければ、詳細な情報を含むコミュニケーションは成立しにくい。何を「共通言語」にするか、という課題に対してM氏は「素人語」を「共通言語」にするという選択肢を選んでいる。患者は「専門的用語をほとんどの場合、まず全然知らない人」だから、患者に専門用語を学んでから患者になりなさい、とは言えないということをM氏はよく承知している。とすれば、「専門家」の方から歩み寄って、「素人語」を共通語にする、というのが最も現実的である、とM氏は考えていることが分かる。そこでクライアントとしての患者にあわせた言葉の〈言い換え〉が必要になるというのがM氏の持論である。

専門家にはこのような〈言い換え〉は、患者とのコミュニケーションを円滑にするために不可欠であるが、それは異なる「素人語」の語彙間の〈言い換え〉にも通じる所がある。当事者の一方が自分の意思を相手に伝えたいという気持が強ければ、相手の理解可能な「素人語」を探し出し、自分の語彙をそれに翻訳する必要がある。次の010の「しんかぶ」は「素人語」であるが、相手に合わせて「みぞおち」という別の「素人語」への〈言い換え〉、つまり翻訳が必要な場合もあることをM氏は示そうとしている。011の「へ



き」についても同様である。

010：例えば「しんかぶ」とか言っても何のことか分からないでしょう。「みぞおち」と言えばいい。それは分かるわけですね。

011：田舎の人は、「横腹」「かた」とか言うときに「へき」と言うでしょう。「へき」と言うんですよ。

012：そういったその独特な言葉で相手が言われた時に、こっちは最初から「へき」という言い方をしていないけど、相手から「へき」ですか、と言われた時に、「ああ、この人はこうだな」と思ったらすぐに合わせてその周波数に合わせて、「へき、へき」という言い方で説明してやらんといかんというところがある。

次の「ききょう」も同類であるが、これは一語には翻訳しにくい。ここで「ききょう」は「気胸」のことであるが、音読みだけでは素人にはわかりにくい。病気の経験者ならある程度理解できても、未経験者には医者から会話の中で「ききょう」と言われても、理解不可能である。「気胸」と紙上に筆記されても未経験の患者は理解できないだろう。それをM氏は心得ていて、自転車のタイヤとチューブの喩えを示して説明するというのである。M氏はインタビューをしている筆者には次のように説明した。

013：あの、例えば「ききょう」（気胸）というのがあるでしょ、ご存じでしょう、肺に穴が開いてから虚脱してしまう、そしてしばらくで息が出来なくなって苦しくなるという。

014：そういうときの説明に「タイヤ」を僕は出すんですよ。チューブレスではないタイヤを。

015：あの、自転車のタイヤなんかでも知っとでしょ。外側に厚かつがあって、内側にチューブが入っとでしょ、チューブの中が肺ですたいね、あばら骨と筋肉が外側のタイヤです。

015に示されているのは巧みな比喩である。自転車のタイヤならたいてい

の人は知っている。チューブも知っている。そのチューブがいわば肺であり、それを包んでいるタイヤがあら骨と筋肉であるという喩えである。実際の臨床の場でM氏が筆者に行なったような説明をすれば、患者は「ききょう」をいう言葉を知らないでも自分の病気についてのイメージをつかむことができるだろう。このように説明されれば患者は、想像力を働かせながら、抽象的な概念ではなくて、具体的で、視覚的な像を容易に結ぶことができるからである。

016：タイヤは破れとらんとよって、チューブが破れたんですよって、ていう言い方で、結局〈喩え〉ですね。

016T：ああ、〈喩え〉ね。

017：だって結局「ききょう」という字をどういう風に書きますと説明したって、何の事が判らんでしょう。だからできるだけ難しい言葉で……。

M氏は「ききょう」に罹っている患者に病気のことを説明するのに、016のように「チューブが破れた」という説明をする。017の「難しい言葉で……」は、言葉が途切れているが、補えば「難しい言葉で説明しないで、できるだけ易しい言葉で喩えを示しながら説明する」というのが、ここでの完全な表現である。

017T：「ききょう」なんてわかりにくい言葉ですね。

018：何のことか（患者には）分からんわね、呼吸（困難）に（言い）変えるぐらいしか分からんでしょう。

018T：字を見てもね。

019：字を見ても、なんか「きむね」って分からないですね、字を見ただけでは。

020：だから出来るだけ、学用語を使わないのがコツです。

ここでもM氏は、「学用語」を使わず、平易な「喩え」を持ち出しながら患者に説明する工夫をしていることが示唆される。これが医者の方から患者

のレベルのインテリジェンスに近づいて両者のコミュニケーション・ギャップを埋めるM氏の技法なのである。

021：逆にそれは。でないと判ってくれないし。

022：相手は性格の弱い人だったら「ききょう」という説明で、ほんほんと（医者が）知って言ったら、（患者の方は）わからんと仕方のないような顔をしてから、「はあ」って言うけど、全然分かってないし。

022のM氏の会話は少しわかりにくいかもしれない。患者が医者から説明を受けて、わからないことがあってもわかったような顔をして、わかったような返事をしてしまうことがある。患者が医者 の 権 威 を 相 対 化 し て い な い 場 合 は こ の よ う な コ ミ ュ ニ ケ ー シ ョ ン の 状 況 と な る 。

023：それが後でトラブルの元になるんですよ。説明を受けてなかったって言う。（医者が説明を）しても受けてなかったって言う（トラブル）。

024：相手のレベルで分かるっていうことを。

025：だからいつも頭の中ですね、翻訳するわけですよ。

このような患者とのトラブルを避けるためには、患者が自分の説明をどの程度理解したかを理解する能力が医者には求められるということをこのM氏は認識しようとしている。「相手のレベルで分かる」というのはそのことである。

026：だからドクター同士だったらものすごく早いですよ。

027：「ききょう」と言えば、もうそれでピンと判るでしょう。

028：その一言を説明するためにもものすごい……あの国語辞典です。

028T：例を出して、たとえを出して……。

029：そうです。たとえを出すというのは、非常に分かりやすい。

「ドクター同士」は、同じ言語を話す下位文化の共有メンバーである。

「コミュニケーション」が「早い」のは当然であろう。〈言い換え〉（翻訳）の必要性はほとんどないからである。

## 2. 二つの下位文化

医者が専門家どうして交わす言葉は、語彙群と語法を含めて一種の下位文化である。患者のそれも別の下位文化である。専門家の下位文化がある種冷静な対象化の語彙群を持つのに対し、患者のそれは発する主体の身体経験に即した語彙群を持つというように対比できるだろう。ただし、医者は例えば患者と同じ〈日常語時代〉を必ず経験しているので、眼前の患者側の語彙群も理解できる位置にある。しかしながら、専門家としてのアイデンティティの確保は、やはり使用する語彙や語法の学習と密接な関連を持つと思われるものなので、専門家としての役割を遂行するに至った時点では、眼前の対象を捉える語彙と語法は日常語のそれではなくて専門家の語彙と語法である。

したがって、医者の側にはベースに日常語の語彙と語法は潜在しており、その意味では重なり合う部分があるとは言えるものの、臨床の場では、双方の語彙と語法は異文化であり、しかも双方向的な視界を持ちにくい異文化である。ここでそれらが相互に異文化であるということは、異なる語彙群と語法にもとづく現実認識の方法をもち、異なる現実をもっているということである。異文化に生きる人間がコミュニケーション・ギャップを埋めていくための有効な技法が「喩え」を出す、というコミュニケーション技法であることを自分は理解している専門家である、と少なくともM氏は自己理解している。

030：で、結局患者さんは入院しようと思って来てるわけじゃないのに、入院せんといかん、仕事はある、家庭の問題はある、色々問題はあるのに全部一時的に投げ捨てて、来なければならないならば、それだけの理由付けと説明が欲しいわけですよ。

M氏は入院を必要としている患者が置かれている諸条件を勘案し、患者の感情を理解し、患者が入院の意思決定を下すだけの正当な理由づけを求めて

いることを理解しようとしていることが分かる。

031：だからそれを本当、半ば一番悪い説明の仕方は、「あなた入院せんと死ぬよ」って僕は言ったことないですけど、仮にこう言って、脅して入院させて、例えばそれが長引いたとか、何かなったときには、もう非常に反動として恨みとなって出てくるわけですよ。

医者が、患者に対してときどき用いる「脅し」がここで紹介されている。この種の脅しは相互関係のなかで権威や権力を行使できるチャンスをもつ一方の当事者が他方の当事者に自己の意思を手取り早く押し付けるときに用いる強制的技法である。医者が患者を前にしてこの種の「脅し」の技法を用いることができるのは、患者の側に自分の病気をめぐる不確実な状況があるからである。<sup>(5)</sup> そこでは情報が不足していて、状況を正確に判断することが困難である。このような状況下で意思を押し付けられたという経験の反動が不確実性が減じてきた段階で出てくるとM氏は理解しているようである。

032：「ろくすっぽ説明もせんで、悪くなって入って治るって言うてから」っていう今までその屈辱的なことで、強制送還されておってですよ、そしてそれで全然自分の思うとおりじゃなかった時には過去のことまで一気に遡って噴き出すから、もうえらいことになるんですね。

M氏の患者説得の技法は次のような婉曲的なものである。婉曲的であっても医者の専門的な判断を患者に受け入れさせるという点ではやはり一種の権力の行使（ここでは「倫理的判断」ぬきのそれ）であると言えるのかもしれない。033によればM氏は自分の意思を患者に受け入れさせる際の説得の仕方を自分で決めているという。

033：だからどうしても入院したくない人の時に言う言葉を僕はもう決めるんですよ。

034：「あなたは、僕はここで仕事をしてるって、この病院で仕事をしてるっ

て。あなたがこの病院が好きかどうか僕は分からないって。だからあなたはここに入院しなくてもいいんだよって。だからあなたが行きたいところがあったら遠慮しなくて（よい）、僕はすぐ紹介状書いてあげるって。あなたはこの病院に入院しなくてはならないのではなくて、あなたはどこでもいいけど入院しなければならないんだ、と。どこかに行きたい所があったらすぐ書いてあげるって」、と言うと、だいたいみんな納得してくれますね。

035：だから、僕たちのためにあなたは入院しなければならないのではない、って僕は言ってるわけです。

036：あなたは入院が必要な体だから入院をしなさいって言ってるし、あなたはたまたま、ここに來られたから、僕が診たから入院をして下さいって、どうぞって。

037：だからOKするなら今から部屋あるかどうかわからんけど、ちょっと連絡取って、空いてたら今日がだめだったら明日でも入院したらどうですか、って。

034に示されているようにM氏が用いる説得の論理は、入院を渋る患者に対して「どの病院を選ぶかはあなたの自由であるけれど、入院をするかしないかをあなたは今選ぶことができる自由な状況には置かれていない」というものである。M氏はこのような相互作用状況下で、医者の利害にもとづく動機が患者に対する入院の勧めになっていると患者から理解される可能性を減じるためのレトリックを駆使することになっているようである。「あなたはここに入院しなくてもいいんだ」（034）という語法を用いることによって、医者に対して患者が抱く疑念－「金もうけのために自分を入院させたがっているのではないか」との疑念－の「武装解除」を行い、「あなたが行きたいところがあったら遠慮しなくて（よい）、僕はすぐ紹介状書いてあげる」（034）という語法で自らの「利害の中立化」を印象づける。そして、M氏は「あなたはこの病院に入院しなくてはならないのではなくて、あなたはどこでもいいけど入院しなければならないんだ」（034）という語法で患者を突き放す。041の「どこでもいいけん、行きなさいって。明日でも明後日でもいいけん、行きなさい」という語法も同様である。このように患者の「自己決定」を尊

重する医者であることを印象づけて患者を突き放す。そうしながら、他方では、心底は患者のことを心配している専門家であることを印象づけようとする技法を用いるのである。そして今度は、患者の「自己決定」の範囲を狭めていくという会話戦略を駆使しながら、患者に対して冷静になることを求め、「入院」の決断をしなさい、と促している。その上で037に示されているように患者に再び現前の個別の關係に立ち返らせながら、入院という「唯一の決断」を下すように促すのである。これが入院を渋る患者に対するM氏の説得の様式である。

038：先生は好かんって言いなすったらそれでもよかって。

039：私も心から（あなたのことを）好きとは思っとらんって、言うっとです。

これはM氏の巧みなユーモアである。患者を突き放す語法は患者と医者との間の感情の亀裂を招きかねないが、M氏はユーモアを挟むことによってそれを避ける技法を用いている。

040：だから好きなところ行ってよかって、私も紹介状すぐ書いてあげるから。

041：だから、（他の病院へ）入院するって（あなたが）言ってから、その、今度は僕が悲しむけんね、だからどこでもいいけん、行きなさいって。明日でも明後日でもいいけん、行きなさいって。それだけのあなた、体に今病気を持ってるから。

042：そうするとだいたい分かりました、って言われますね。

043：だからそれを分かってもらうのにもある程度のインテリジェンスが必要なんです。相手にとって、相手の。

このような語法やユーモアを理解するかどうかは患者の側の一定のインテリジェンスが条件になるとM氏は考えてるようだ。インテリジェンスは患者によってそれぞれ違うから、患者を診ながらそのインテリジェンスを判断し、

それにあわせて語法を使い分けていくということをM氏は心得ているようなのである。

044：だからやっぱりたとえを出す、そしてそれだけの必要性があるんだ、今どきちゃんもなかですもんって言うでしょう、例えばごく初期の肺ガンがあったとしましょう、全然症状ないですもんね。ただレントゲンにボコッと映っただけでしょ。

045：なんで私は入院せないかんのですか、もう、患者さんの心理としては、言い訳をするんですよ。

046：私は忙しいんだ、だから勘弁してくれって。分かります。今、忙しかですたい、来月はよかって。

M氏はこの会話の中で医者と患者の交渉の場面を再現しようとしている。情報を開示しないという医者の方針の下では、患者を説得するのに独特の困難が伴う。医者は入院の必要性を患者に理解させようとするが、自覚症状がなければ、患者は日常生活の流れを中断することになる入院に躊躇し、さまざまな理由をつけて抵抗を試みようとする。046に示されているように、患者は自覚症状のない「今」入院することを拒む。「分かります」というのは「先生のおっしゃることは分かります」の意味である。これは交渉相手に譲歩の姿勢を見せながら交渉を自分に有利な方向に展開させようとする際の常套句である。「来月」ならば入院してもよい、というサインを医者に送ることによって医者に自分の入院をあきらめさせる交渉をもちかける場面が再現されている。M氏は医者と患者が対面する臨床例の一典型をここで示している。このような例においては、次の049の「自覚症状を中心に患者さんは病気の重い軽いを判定する」という表現に示されているように、患者にとっては自覚症状がないということは、自分は病気ではない、あるいは入院を必要とするほどの重大な病気ではないという患者自身の判断と結びついている。<sup>(6)</sup>

047：だからそこがですね、患者さん側の心理、患者さん側の持ってる盲点の一つがですね。



048：医者が言うけん、病院が言うけん入る、入るがしようなかと。

047にいう「盲点」は患者の盲点として語られているが、このような医者－患者関係の盲点でもある。M氏は患者が本当の重大さを理解できない、という意味で「盲点」という言葉を用いているのだが、命にかかわる重大な病気があるにもかかわらずその重大性を直截に患者に伝えることができないという、医者自身が抱えるディレンマが生み出す関係の盲点でもある。このようなディレンマのなかで医者の権威に押されて患者が入院に同意することもあることが048に示されているが、不承不承の同意はトラブルの元になる場合もあると、M氏は考えているのである。

049：自分にとってそれだけ切実な必要性があるっていうことが分からんわけですよ。だからどぎゃんかあったなら来るばってんが、どぎゃんかあったら入院するばってんが、って結局自覚症状を中心に患者さんは病気の重い軽いを判定するわけです。

050：だから肺ガンの初期なんて何もないですよ、症状。

051：そうするとそういうときにこそ、早く入って手術したらそれで死ななくて済むわけでしょう。

「肺ガンの初期なんて何もない」(050)というのは、言うまでもなく患者にとって「自覚症状」が「何もない」という意味である。「そういうときにこそ、早く入って手術」(051)することが早期発見、早期治療であるとM氏は考えている。「早期発見、早期治療」が今日のがん治療の定石であるので、患者が「死ななくて済む」には、患者を早期入院させて精密検査を実施し早期に治療にかかる必要があると判断するのは、医者職業倫理に適用もっても「誠実な」対応である。これに対して病気が癌である可能性を知らされていない患者にとっては、現前の事態に対しては「早期発見、早期治療」の判断枠組みは適応対象外となるのである。

052：だからあなたが自覚症状出たら、あなたがもう大変なことになっとなる

かもしれんよ、って。今日来て良かったねって（医者の私は）言うけど、（医者が自分を）何かこれ騙しとっちゃなろうかという人もおられるですよ。

医者は患者の状態が「大変なこと」（052）とまでは言えるが、悪性の痛とは言えない。そして「絶対悟られんように話す」話法が医者には要求される、とM氏は考えている。そこからまた患者との交渉と取引が展開される。054に示されているように、患者に入院と検査を勧めるが、治療の必要がないときは退院すればよい、という条件を示しながら入院を勧めるという会話技法が駆使されるようである。

053：ところがその、特に悪性の場合はそれを絶対に（口に）出さないでしょう。だからそこが難しいですね。だからレントゲンでポボンッとする場合があるでしょう、これが痛かなと思うでしょう、それを絶対悟られんように話すですよ。

054：せいぜい最初は入院して、色々検査した方がいいし、まあ場合によっては治療せんといかんかもしれんし、治療せんでよかときはすぐ退院してよかつ、て言うんです。

055：しかし本当はもうこれはそうはならないって、だからとにかくワンステップ次の所へ持って行こうってするわけです。

「本当はもうこれはそうはならない」（055）というのは、「すぐ退院」ということにはならないという意味である。「すぐ退院」ということにならないという判断を明らかに医者がもっていても、医者は入院を説得するために、可能性がほとんどない条件を示して、いわば欺いて患者を説得する。医者自身がここで「欺く」ことが「許される」と考えるのは、「早く入って手術したらそれで死ななくて済む」（051）という価値判断が社会的に受け入れられていて、その価値を実現する医者のいわゆる利他主義的行為が当然社会的に支持されるはずだという医者の側の判断が暗黙の了解となっているからである。このことは、「欺く」という行為が「利他主義的動機」に動かされている

るならば、そして結果的にそれが患者の福利に寄与するという経験則が社会的に確認されているならば、その行為は道徳的に許容される、と言い換えることができる。だからこのような「欺き」戦術によって医者は、ともかくも患者から入院の同意を取り付け、「ワンステップ次のところ」(055) すなわち精密検査と治療という段階に入ろうとするのである。

056：パッと見て、肺ガン、でしたらおそらくこれはこうこうこういう検査をして、おそらく例えば、手術なら手術をして、で、こうなるだろうというような、すっとわかるでしょう、こっちは。

「ベテラン」M氏の、患者に入院を説得する技法についての話は続く。自覚症状を持たない患者にはこのようなステップも056のような、更なる次のステップも見えない。当然である。見えないからこそ、入院を躊躇する患者を説得するために、患者次第では、「結核」という言葉を使った別の「欺き」話法も用いられることを次の会話は示している。

057：相手は全然判るはずないでしょう。

058：だから何で入院を、どうもないのに、偶々来ただけなのについていう顔をしてる人に、「こうあるでしょう、だけんこう、検査せんといかんしね」と。

059：だから結核っていう言葉いいですね。結核だったら家族の人にうつたりするかもしれんし。

058のような説明法では、このような患者を説得することは難しいという判断をM氏はもっているようである。これを根拠に「だから結核」という言葉を使って説得するというのである。ここでM氏はインタビュー調査者である筆者に向かって「結核っていう言葉いいですね」と、半ば同意を求めている。ふつう患者にはこのような手の内は見せられない。ある意味で話者M氏と調査者は患者に対して「騙しの戦略」の共犯関係になる。「いい」というのは「便利である」とか「重宝である」の意味である。「いい」という

M氏の判断を調査者も持つはずだということが予期されているのである。

### 3. 戦略的話法

スーザン・ソントグがかつて明らかにしたように、癌と結核は異なる隠喩を持つ。(スーザン・ソントグ、富山太佳夫訳、『隠喩としての病い』、みすず書房、1982年) 隠喩というものは多様な顔をもつが、死と結びついた特定の病の隠喩は時代の移り変わりのなかで変化することを示したのが結核の隠喩である。結核が「死の病い」として恐れられた時代は今や過去のものとなった。特効薬の開発がその変化の原動力となった。この結核にかわって癌が「沈黙の病」として、人間に忍び寄りその身体を蝕む病として恐れられるようになった。M氏が結核という言葉を用いてがん患者の入院を説得するのは、現代という時代において結核の持つ隠喩<sup>19)</sup>のためである。しかしM氏は結核とも断定しない話法を駆使していることが次の060で分かる。

060：だから僕は結核とあまり思ってるわけではないんですけどね、って言う「癌ですか?」と言うけ、「いやいや、癌なら、そぎゃん、入院しませんかとか、そぎゃんのんびりしたこと言わずに、すぐ入院せにゃいかん、って僕は言いますよって。

061：そうやって言葉をいっぱい用意しておくわけですね。相手次第じゃ。

062：癌ならこんなゆっくりしていいもんですか、こりゃ急がにゃもう助からんもん、って。

「僕は結核とあまり思ってるわけではないんですけどね」という話法は、「結核」だと言い切ると嘘をついたことになるので、それを避けるためにこのような言い方をすると理解できるが、「癌ですか」という患者からの問いかけを引き出すための伏線だとも理解できる。癌であるはずがない、という患者の確信を揺るがすための戦略的話法といえよう。これに対してM氏はすかさず、「癌ではない」という断定を避けつつ、癌である可能性を「間接的に否定」する話法を用いながら、「癌ではないらしいがすぐに入院しなければならないような重大な病気である」という認識を患者が抱くように誘導

していこうとするのである。

063：しかしたまにあるんだけど、たまにあるんだけど、僕はこのレントゲンを見て、今これをあなたに癌だと思って話してるわけではないですよ、って言うんですよ。本当はそうなんですけどね。

ここでM氏が再現しようとしているのはどういうことだろうか。063はM氏の診療場面における会話の一範型を示していると判断してよからう。M氏は患者に対して、「これをあなたに癌だと思って話してる訳ではない」と言いつつ、実は「癌だと思っている」のである。ほとんど癌だと確信している場合でさえ、「これをあなたに癌だと思って話してるわけではない」と言う話法を用いるのであろう。彼は非診察場面である私との対話の中ではインタビューである私に、「本当はそうなんですけどね」と正直に告白している。私は彼の患者ではないからである。さてここで、レントゲン写真を見た医者が絶対の確信を持って癌であるとは言い切れない場合もあるということを付け加えておかなければならない。不確定は初期の判断（この段階では診断ではなく）にはつきものである。<sup>(9)</sup> それを確定の診断に持っていくためには、更なる精査を重ねなければならない。そういう側面はあるのだが、患者との会話のなかでは次のような修辭法によって、患者が癌であるのではないかとの憶測を信じ込むのを医者が防ぎながら入院を勧める方向に導いていこうとする。

064：これを絶対僕は癌と思ってるのではない。しかし、レントゲンだけでは結局その影を見てるのと同じだから、たまに、こういうので癌があったりしたらいかんでしょうって。

065：まずないんですけど、たまにあるですもんね、って。

064の言い回しは、「これを絶対僕は癌と思ってる」という会話の前半を、「のではない」と否定する修辭法である。次の066のように会話の流れの後で「90%の確率」というやや難解な表現を用いたとしても、患者はそれより前

に医者が用いる修辞法によって少しは癌の可能性はあるがほとんどその可能性はない、と信じ込まされるのかもしれない。あるいは信じ込ませることを期待しての修辞法がこのようなものであるのだろう。レントゲンに写ったものは実物そのものではなくて「その影」なのだから、影だけを見て癌だとか癌でないとか判断するわけにはいかない、「だからとにかく検査だけでもしましょう」(069)という論理の組み立てが背後にあるのだが、素人を説得する場合は論理を全面に押し立てたのでは説得が成功しないということをM氏は心得ているのである。

066：しかしあなたの影はまずそれじゃないって。90%の確率であなた癌じゃないって言える。

067：嘘の嘘を言ってるわけです。

068：しかし、もしそうだったら大変でしょう、って。

069：だからとにかく検査だけでもしましょうって。

#### 4. 取引または交渉

かくして、M氏は「90%は癌ではない」と信じ込ませた患者に対して、「残り10%の疑いを晴らすために検査入院しましょう」と説得するのである。そしてこの説得の切札が「癌じゃなかったらすぐ帰すけん」(070)という医者からの「取引」の呈示である。ここまで来ると患者は説得に応じることになるのだが、今度は患者が入院までの準備期間に関して取引条件を医者に提示する段階となる。しかしこの段階に至ると、患者は医者が駆使するレトリックの土俵の上に不覚にもすっかり上がってしまうことになるのである。070から081までに示されているのは医者と患者の入院時期を巡る交渉場面の再現である。

070：そして癌じゃなかったらすぐ帰すけん、って言って、だいたいその時、どのくらいまで患者さんが待ってくれて言うことが、(こちらとしては)医学上(どのくらい)猶予期間があるかということを計算するでしょう。

071：来月ならよかって言ったときに、まあ仮にこっちは2、3週間が限度

だなって思ったら、そしたらそこはその品物を買うときの値引きの交渉と同じ事で……。

071T：はあ…、交渉ですか。

072：そこで交渉する。僕はそこはすぐに入ってすぐ検査できるわけでもないし、検査室がつかえてることもあるから、1週間くらいでどぎゃんかな（\*注：どうですか、の意）あと。本人は2週間でいいと思ってるわけですね。

073：ああ、1週間そぎゃん早いですか（\*注：そんなに早くですか、の意）、もう別のやつで集金あって……何とかかんとか言うんでしょう。なら2週間って。もう、バナナの叩き売りです。

073T：2週間？

074：それなら2週間にしましょうっていうわけですよ。

075：いや、1ヶ月ないとできんって相手が、ちょっと、中には憤然とする人がおるわけですよ。それは憤然とする方がおかしいんですけどね。短気の人はそので腹が立つわけです。

076：したら（\*注：それならば、の意）また好きなときに来なっせって（\*注：来なさい、との意味）言ってから、それは絶対言っちゃいかんので。

077：僕はあなたが待てと言ったら、1ヶ月でも2ヶ月でも待つけどね、って。

078：僕は待つけど、病気は待ってくれんもんねって。

079：それで時々、命取りになる人があるとよって。

080：あん時ねえ（\*注：あの時ねえ、の意）、あなたも後悔したくなかでしょうが、あん時もうちちょっと（患者さんに）注意しとけば良かったなあって、僕自身嫌な思いしたくないしね、って。

081：だけん、どぎゃんですかって。僕は1週間って思うけど、2週間まで待ちますって、よかですねって。

入院は患者にとって日常の生活のリズムが中断され、健康人としての役割遂行を維持できなくなることを意味する。検査の結果、そこで重大な病気であるとの確定診断が下された場合、患者は短期の検査入院では済まないだろ

うと推測したりする。かくして渋る患者との最後の交渉の過程において、最後の切札を切る。078の「僕は待つけど、病気は待ってくれんもんね」という、「インテリジェンスの低い」患者にも容易に理解できそうな修辭法がそれである。90%は癪だとは思わないが、と言いながらも、片や「病気は待ってくれんもんね」、とある種の脅しをかける語法は、剥き出しの權威主義を避けながら任務を遂行しようとする医者、「善意」に抵抗する患者に向かって切る最後の切札でもあるのだろう。

082：そういうやりとりで、何となくこっちもあなたのこと一生懸命思ってるんだよって、こっちのために言ってるんじゃないんだよっていうことを、こうなんとなく判ってもらいたいというかですね。

患者が、自分の入院の意思決定を留保するためのさまざまな理由づけ、合理化を通して医者と交渉する際、医者に対するステレオタイプの認識によって眼前の関係を理解しようとしている場合がある。医者から見ればこの「誤解」をいかにして解くかが大きな課題であることをM氏は告白しているのである。

## 5. インテリジェンスと患者の分類

M氏は、患者に適用する修辭法は一通りではないと考えている。インテリジェンスの低い患者に適用する修辭法とインテリジェンスが高い患者に適用する修辭法の二通りである。ここでM氏にとっては、インテリジェンスはコミュニケーションにおける言葉の意味の感受能力と捉えられるのかもしれない。083に登場する社会的地位、プライド、インテリジェンスが相互に一貫性をもつとは限らないが、083の例ではM氏は一貫性をもつ場合を想定しているようである。

083：だから相手が、例えば社会的地位のあるようなプライドも非常に高く、インテリジェンスも高いような人の場合はまた全然違う言い方をしますね。



084：お忙しいと思いますけども、あのやっぱり早めにされた方がいいと思います、って。でもういいチャンスだから、もう忙しいのはもう尚更、時間作らん限り時間出来ませんから。

085：そういう言い方をみんなにしようたらですね、今度は普通の人はその言い方を受け入れないんですよ。

086：あの、皮肉に聞こえちゃうもんだから。

087：ところが、じいちゃん、ばあちゃんに言う言い方で、社会的地位のある人、プライドの高い人に言うと、人を馬鹿にしとってからと。若僧が何言うかって感じです。

同じ一つの言い方が患者のインテリジェンスやプライドや社会的地位に応じて、皮肉に聞こえたり侮辱に聞こえたりすることがあるので、医者は相手のインテリジェンスを判断しながら会話の語法を使い分けていかなければならない、とM氏は考えている。

088：ちょっと話して、それから目を見ますね。だから僕は社会的な意味では僕は人の目を見てもすぐその人が判るわけではないけど、仕事をしてるときにはその人の目をみたら、この人はだいたいどういう発想をする人かとかですね、こういう言い方はきっとこの人に気に入らないだろうとか、かなり不安に怯えて病院に来たとか、検診にひっかかったけん、忙しかったけんが、時間ば作って来てやったっていう風な顔をしてるな、とかですね。

「目は口ほどにものを言い」「目は心の窓」の格言がM氏の職業実践の場合には生きている。「僕は社会的な意味では僕は人の目を見てもすぐその人が判るわけではない」とM氏が言うときの、「社会的な意味では」というのは、医者としての職業上の役割を遂行していない時の」という意味である。だが反対に医者として患者と対面するときは、「人の目をみたら」、患者の発想、特定語法に対する好悪の反応、不安などが分かるというわけである。

089：だからそういう、「来てやった」というような人の時は、時間がかかり

ますね。

090：大変じゃないけど、時間さえあれば大抵落としきりますけどね。

091：そういときには、少しずつ不安要素を出してって、実は自分も不安なんだと。

092：あなたの、まあ大丈夫だと思うけど、ちょっとこのままお返しするのはちょっと……って言い方で、あとボソボソって……。

090の「落としきります」という言い方のなかにM氏の自信がよく現れているのだが、「不安要素を出し」ながら、「実は自分も不安」であることを匂わせ、医者である自分が患者の立場に立っていることを婉曲的に示しながら相手の警戒心を解いていく、という話法が用いられるのであろう。不安心理を表徴する「ボソボソ」という言葉でM氏が表現しようとしたその話法が、その場合有効な話法であることをM氏は熟知しているのであろう。

092T：ああ、その目の反応を見ながら、話されるわけですね。眼だけで、表情とか……。

093：いや、あの眼が一番よくわかります。眼をみとってから、中にはものすごく反抗的な人もおるわけですよ。

M氏の臨床医としての対人技法のなかで、患者の「眼を見る」ことが最重要視されている。その眼が呈示してくる情報によって、M氏は患者が親和的か反抗的かを識別しようとするのである。

094：あの、どう言ったらいいか。例えば中小企業の社長さん。一番やりにくいですよ。

095：どうしてかというんですね、どこに行っても、その飲みに行ってもこう、社長さん社長さんって、こうするでしょう。そうすると何人従業員が居るか知らんけれども、結局従業員が小会社だから労働組合も何もないような所でしょう。だから下は言う事聞かざるをえんでしょう。だから結局知らんうちに尊大になってしまうです。

ここでは「ものすごく反抗的な人」の代表格が「中小企業の社長さん」であると認識されている。M氏の臨床経験を通した経験知がそのような認識であると思われる。他者をいくつかのプロトタイプに分類し、タイプ毎に対処の戦術と戦略を練るということは臨床医でなくても、子どもも含めて通常人がとる方法である。M氏は「中小企業の社長さん」を、階層構造という概念は用いないが、実業界の階層構造の中に位置づけながら、小規模企業の長であること、労働組合などの「抵抗組織」の不在という条件のもとで人格が尊大になる傾向がある存在と見ている。支配・服従関係の中で支配する側が次第に尊大になるという一般則をM氏は導き出しているのである。M氏による大企業の社長と中小企業の社長の対比が続く。大企業の社長は尊大ではないとM氏は言う。事実、資本と経営の分離が進んでいるから、雇用されている社長が大部分である。「雇用されている」、という事実は社長が尊大になれない条件の一つであるとM氏は理解している。さらに労働組合など「他団体との交渉」に臨まなければならない、ということをもう一つの条件に挙げている。後者は、大企業の社長が交渉相手に譲歩しなければならない場合もあり、相手の人となり、あるいは思考様式なども知らなければならない、それだけ生活世界に広がりがあり視野が広い、とM氏は理解している。したがって大企業の社長は尊大にはなれない、というのがM氏の論理であるらしい。

096：だから大企業の社長さんはそんなじゃないんですよ。大きい人が尊大じゃない、中途半端が一番尊大。

096T：大企業の社長さんだったら、雇われてる社長さんがほとんどですしね。

097：それと、いろんな組合問題とか……。

097T：交渉がありますしね。

098：いろんな交渉があるからいろんな人を知ってるわけですよ。そして対外的なつきあいも多いでしょう。中小企業って言うのは結局、頭ぺこぺこして、もう1カ所か2カ所でひもつきで養われているわけでしょう。だからあの人だけに頭下げとけば、後は俺は食わんっていう、あの、小大名みたいな

みたいな感じなんです。

中小企業の社長は「小大名」に喩えられている。それは「1ヶ所か2ヶ所」の取引企業（たいていは親企業）から固定的な、ある意味で安定した取引関係で仕事を貰い、それによって「養われ」ている存在である、社長はその長であるが、そのような仕事をくれる取引企業に恭順の姿勢をとっておきさえすれば、「後は俺は食わん」というような尊大な態度をとっていても生きていける、とM氏は理解している。「後は俺は食わん」というのは、この文脈では「他の相手とは付き合わなくても自分は一向に困らない」との意味である。ここから、中小企業の社長の態度が一般的に尊大である、との結論が導き出されている。

099：だから尊大なんです。だから僕に言わせればあれはプライドではないバニティだと。

100：つまり自尊心ではなく、虚栄心だと。日本人はそれをよく間違えるでしょう。

099において、他者に対する尊大な態度は「プライド」(pride)ではなくて「バニティ」(vanity)であるにとらえられている。考えるに自尊心は、自らを「尊ぶ」とともに他者もまたそのような「尊ばれるべき」存在であると認めるところにその本領があるが、虚栄心はこれとは異なる。虚栄心は「中空構造」をもち、他者の視点から自己を洞察するという相互視点構造を欠いているのが特徴である。その場合の自己は内実を欠いた自己、他者から定義され評価されるのでない限り、内容を持たない自己である。M氏の理解はそのようなプライドとバニティとを比較し、「中小企業の社長」の「尊大」さは「バニティ」だと見ているのである。その上で「日本人はそれをよく間違える」とM氏は語ったが、それは「体面」や「面子」を重んじる文化に由来するとも言えるのかもしれない。「体面」にしても「面子」にしても、自己—他者関係における内容を敢えて問わない「中空」の構造、相互にかかわりあう人間の「間」をこそ重視する関係構造を示唆しているのである。第三者の

面前で体面を傷つけられた人は第三者の面前で謝罪を要求するが、相手が本心から謝罪をしているかどうかの内実は問題ではなく、第三者の面前で自分に対して謝罪の意思表示をするかどうかこそが最大の関心事なのである。そういう意味において筆者は「中空」の構造といったのである。このことから、パニティは「中空」とは反対の、内実をもったコミュニケーションを阻害する心の構えだ、とM氏はみているといえようか。それでも患者を前にした医者は、目の前のパニティを突き崩す戦略と会話技法を練り上げ、パニティに備えなければならないのである。

### むすび

M氏は、専門家としての立場から自分が患者に説明し患者を説得する技法についてこのように語ってくれたが、専門家と患者の間にあるコミュニケーション・ギャップを埋める技法がどのようなものであるかについて、かなり具体的に語られたように思われる。このインタビューからわれわれは、M氏が患者の「インテリジェンス」を重視し、観察を通してそのレベルを判断し、患者のレベルに合わせてさまざまな語法を駆使しながら患者に説明し、患者との間で情報を共有する技法を駆使しようとしていることが推察される。

本論の冒頭において、医者の職業的役割遂行の動機づけに影響を与える社会的に期待される価値指向を問う観点から、その動機づけを「クライアント指向」と「同僚指向」として識別できるとした。患者の心理把握や社会的文脈の分析に基づくM氏の戦略的な患者説得の技法は専門家仲間の下位文化に立脚するものであり、したがってその限りでは「同僚指向」を示唆するものである。しかし、同時にそれはM氏の職業的義務に対する忠実さを十分に推測させるものでもある。この意味においてはM氏の指向は「クライアント指向」に分類できると思われるが、クライアントとしての患者を相手に、その長年の経験から身につけたさまざまな会話技法を用いて相手に病状を説明し説得して同意を取り付けたり、患者と取引をしたりしていることが明らかになったかと思う。臨床を主任務とする医者は、診断と治療の活動を通して患者の心身へ介入する。その際、素人である患者との間でさまざまなトラブルに巻き込まれる可能性があることは、「まえがき」に記したとおりであり、

インタビューに登場した事例でもその可能性が示唆された。そこで述べたように、両者の間に広がる知識と経験の違いがそのような介入に対する専門家と素人それぞれの評価の違いを生み出している可能性がある。M氏のインタビューからは、医師がそのような評価の違いを、さまざまな語彙や語法を含む患者とのコミュニケーションを通して、医師の主導で埋めようとする努力の例が示唆された。

ただし、これは医師の努力が実を結ぶということではない。二人の人間が異なる現実を生きるということは、医師と患者の間に限らず、一つの家族内でさえ成員が異なる現実を生きることがある。否、むしろそれが常態であると見た方がよい。同じ現実を生きているというある種の幻想の上にわれわれの社会生活の基底的秩序は成り立っているのだとも言える。道徳的言説によってこの幻想が覆われているとき、その秩序は安定を保つことができる。人は自分の動機に対する「不本意な」嫌疑をかけられないためには、M氏の例に見るようにこの道徳的言説を折に触れて口にしなければならないのである。

医師が患者に説明し、説得する技法は下位文化に織り込まれているはずであるが、医師と患者の個々具体的な出会いの状況のなかで、どの医師によっても一律に適用されるものでもない。また医師のタイプだけによって決まるものでもない。M氏の場合は一つのケースにすぎないのであるが、同じ医師でも、患者の症状、病気の程度や段階、社会的属性・性格を総合的に判断しながら説明と説得の技法を使い分けることが、このM氏の事例から明らかになった。

本稿においては、今回の資料分析が医師からのみのインタビューであったために、患者と医師が異なる現実を生きているとしながら、医師の口を通してしか患者によって生きられている現実を間接的にしか示すことができなかった。すなわちそれは、あくまで医師から見た患者の生きる現実、医師が「再現」(構成)した患者の生きられる現実なのであり、課題としては、専門家の語彙・語法を持たない患者によって生きられている現実が何であるかを別の機会に提示してゆく必要があろう。さらには医師によって生きられる現実が、患者によってどう語られ、どう「再現」されるかという問題に関しても研究を進めてゆかなければならない。双方がそれぞれ異なる現実を生きなが

ら、それぞれ他方によって生きられているとされる現実についての語りによる「再現」の齟齬にも今後注意を向けたい。

# 註

- (1) 本稿は、1999-2000年度科研費〔基盤研究(四)：研究者代表・池田光徳〕による研究の報告書として既に提出されたもののうち、筆者担当の章に加筆修正を施したものである。
- (2) この点に関し、筆者は拙著において次のように述べている。「同じ世界〈日常世界〉」と思われる世界に生きていながら、両者のあいだには世界についての了解の少なからぬズレが存在する。」(田口 宏昭、2001、132頁)
- (3) これは、人間の想像力、すなわち人々によって秩序づけられた「現実世界」が、ある意味において仮構にしか過ぎないという考え方に通じる。それは現実世界が、各人の解釈に従って多面的であるという世界解釈の型である。この型の解釈においては「真理」はあるのだが、見ようとしても見えないその奥にあるものである。たとえば黒沢は自作の映画(たとえば『飯のなか』や『生きる』)のなかで事実の多面的解釈を示唆しながら、「現実世界」の不確実性を主張しているように思われる。黒沢が『老子』を読んでいたかどうか知らないが、『老子』もまた、「道」を往く聖人のみが、人々による秩序づけの現象世界(一つの解釈・評価にしたがって構成されたに過ぎない現実世界)の奥にある「玄」に近づくことができると見ているように思われる。
- (4) 以下のインタビュー記録の提示に関し、次の1～3の約束にしたがって表記する。
  1. 展開してゆく会話のなかで、原則として一文づつ区切り、それに3桁の番号を与えた。これは、分析に際し、分析の言及中の会話文を見つけやすくするためである。ただし、なかには完全な文の体裁をなしていない場合があるが、ここではそれを文の省略形とみなし、文として扱った。このように通し番号を与えた上で、さらに会話の全体を見渡したとき、一続きの流れのなかで小さな個別テーマを作り上げていると判断された一連の文の固まりを識別して一まとめにして筆者の分析の単位とした。ただし、それが特に長すぎると判断された場合には、適当な個所で分割した個所もいくつかある。会話は演説のように予め計画された語り方ではないために、テーマの繰り返しや行きつ戻りつの語り方も少なくない。それらも含めて、挨拶の言葉を除いて敢えて全文を掲載した。
  2. 会話は熊本地方の方言で語られてる。それを敢えて共通語に修正しなかった。
  3. 会話が完全な文になっていない場合もあるが、敢えてそのままの形で掲載し、筆者が括弧書きで意味を補った。
- (5) Waitzkin, Howard, 1987, pp.345-69.
- (6) ここには、医者と患者が、物理的には時空を共有しながらも、異なる現実を生きている存在であることが如実に示されていると思う。
- (7) 用いられる隠喩には病気に直接かわるものや病気や死とつながりのある物理的空間に関するものなど、さまざまなものがある。筆者は拙著の中でいくつかの隠喩を取り上げている。死の隠喩については拙著〔2001〕の第3章で、病の隠喩については同第5章で詳述している。
- (8) 肺癌病棟における検査と診断の段階の不確実性について、筆者はマッキントッシュ〔1978〕らの研究を検証する調査で明らかにしている。拙著〔2001、107～110〕。

参考文献

- 石村 善助、「現代のプロフェッション」、至誠堂、1969
- 医療人類学研究会編、「文化現象としての医療－「医と時代」を読み解くキーワード集－」、1992  
「医者－患者関係」、「バスターナリズム」、「専門家支配」の項
- P. L. エントラルゴ、「医者と患者」、平凡社、1973
- 黒田 浩一郎編、「現代医療の社会学－日本の現状と課題－」、世界思想社、1995
- 黒田 浩一郎編、「医療社会学のフロンティア－現代医療と社会－」、世界思想社、2001。
- 進藤 雄三・黒田 浩一郎編、「医療社会学を学ぶ人のために」、世界思想社、1999
- 田口 宏昭、「病気と医療の社会学」、世界思想社、2001。
- 中川 米造、「医学の不確実性」、評論社、1996。164-166
- 中野 秀一郎、「現代日本の医師－その職業意識と生活観－」、日本経済新聞社（日経新書）、1976
- 中山 将、「ケア論の射程」、九州大学出版会、2001
- エリオット・G・ミシュラーほか編、「医学モデルを超えて－医療へのメッセージ－」、星和書店、1988。（Elliot G. Mishler, et others, *Social contexts of health, illness, and patients care*, Cambridge University Press, 1981.）
- Cockerham, C. William(ed.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishers Ltd, 2001.
- Frederikson, Lesley G., 'Exploring information-exchange in consultation : the patients'view of performance and outcomes', *Patients Education and Counseling* 25(1995),pp.237-246.
- McIntosh, Jim, 'The Routine of Uncertainty in Communication with Cancer Patients', in Davis, Alan, (ed.), *Relationships between Doctors and Patients*, Saxson House, 1978, pp.106-31.
- Ong,L.M.L.,De Haes,J.C.J.M.,Hoos,A.M., and Lammes,F.B., 'Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature', *Social Science and Medicine*,Vol.40,No.7,pp.903-918,1995.
- Roter,Debra, and Frankel, Richard, 'Quantitative and Qualitative Approaches to the Evaluation of the Medical Dialogue', *Social Science and Medicine*,Vol.34,No.10,pp.1097-1103,1992.
- Roter,Debra L. and Hall, Judith A., 'Studies of Doctor-Patient Interaction,' *Annual Review of Public Health*,Vol.10, pp.163-180,1989.
- Tuckett,David, and Williams Anthony, 'Approaches to the Measurement of Explanation and Information-Giving in Medical Consultations:A Review of Empirical Studies', *Social Science and Medicine*,Vol.18,No.7,pp.571-580,1984.
- Tuckett, David A., 'A New Approach to the Measurement of Patients' Understanding of What They Are Told in Medical Consultations', *Journal of Health and Social Behavior*, 1985, Vol.26(March):pp.27-38.
- Waitzkin, Howard, 'Information giving in medical care', *Journal of Health and Social Behavior*, 1985, Vol.26(June):pp.81-101.
- Waitzkin, Howard, 'Doctor-Patient Communication:Clinical Implication of Social Scientific Research', *JAMA*,1984,Vol.252,No.17:pp.2441-2446.
- Waitzkin, Howard, and Stoeckle, John D., 'Information Control and the Micropolitics of Health Care', in "*Encounters between Patients and Doctors;An Anthology*", edited by John D. Stoeckle ,M.D. ,The MIT Press,1987.pp.34-369, (*Social Science and Medicine*, Vol.10,1976,pp.263-276 の同名論文からの再録)